

**FACULTE DE MEDECINE DE PARIS**

**ANNEE 1970**

**PITIÉ-SAIPÉTRIÈRE**

**THESE**

**pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**(Diplôme d'Etat)**

**par**

**Jérôme G R A B O I S**

**né le 13 août 1941 à P A R I S**

**Externe des Hopitaux**

---

**Présentée et soutenue publiquement le**

**PERSPECTIVES RECENTES DES GREFFES  
CUTANÉES DANS LE TRAITEMENT DES  
AFFECTIONS DE LA CAVITE BUCCALE**

**Président : Mr P. CERNEA, Professeur**



A MA MERE

A MON PERE LE DOCTEUR M. GRABOIS



A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS



A MA FILLE

A TOUS MES AMIS



A MA SOEUR

dont l'aide me fut précieuse



A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CERNEA

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence  
de cette thèse ; qu'il soit remercié pour tout  
ce qu'il m'a appris.

En témoignage de ma respectueuse admiration et  
de ma profonde reconnaissance.



A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-M. SOUBIRAN

qui a bien voulu m'inspirer le sujet de  
cette thèse, qui m'a guidé dans sa  
réalisation et m'a toujours prodigué  
d'excellents conseils.



A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur Y. CACHIN

Monsieur le Professeur J.M. VERNE (+)

Monsieur le Professeur DELARUE

Monsieur le Professeur LEREBoullet

Monsieur le Professeur Agrégé MOREAU

Monsieur le Docteur LEPOIVRE

Monsieur le Professeur CERNEA

Monsieur le Docteur GRIGNON



## PLAN

### I.- INTRODUCTION

### II.- HISTORIQUE

### III.- BASES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

- ./ Rappel histologique Peau et Muqueuses
- ./ Rappel physiologique du milieu buccal.

### IV.- RAPPEL & INDICATION ET TECHNIQUES des interventions antérieurement utilisées.

- 1) Traitements et brides, synéchies, approfondissement des vestibules
- 2) Electro-coagulation des épithéliomas

### V.- LES GREFFES

- ./ Greffes cutanées libres
- ./ Greffes et lambeaux muqueux

### VI.- EPITHELIAL INLAY

### VII.- CRITIQUE DE CES METHODES

### VIII.- TECHNIQUE PERSONNELLE

- ./ Excision simple, suivie de greffe
- ./ Electro-coagulation, recoupe, suivie de greffe.

### IX.- OBSERVATIONS

### X.- RESULTAT

### XI.- CONCLUSION

### XII.- BIBLIOGRAPHIE



## I INTRODUCTION

Les interventions endobuccales sont souvent responsables des pertes de substances importantes du revêtement muqueux.

Ainsi la chirurgie réparatrice est particulièrement indiquée dans l'ensemble du traitement des affections endobuccales et plus spécialement en ce qui concerne la réparation du revêtement muqueux.

Ce dernier problème constituera l'objet de notre étude.

Ces pertes de substances sont de traitement difficile, la plupart des auteurs n'en font pas mention et surveillent l'épithélialisation spontanée, celle-ci est longue, pénible et anarchique, souvent responsable de la formation de brides de synéchies, de symphyses labio-maxillaires

Les lambeaux et greffes muqueuses apportent une solution idéale à ce problème, en fait rarement utilisée compte tenu de la limitation en nombre et en surface des zones susceptibles de prélèvement muqueux.

ESSER en 1929 réalise le premier des greffes de peau endobuccales par la mise au point d'une technique originale intitulée "Epithéliale inlay".

Ce type d'intervention est indiqué uniquement dans l'approfondissement du vestibule et reste peu répandu même dans les services spécialisés.

Il nous est apparu intéressant d'utiliser plus largement les greffes de peau mince pour recouvrir les pertes de substances étendues de la muqueuse buccale. En effet, l'exérèse de tumeurs bénignes, de lésions superficielles, de processus cicatriciels modifiant la dynamique buccale et les méthodes modernes d'électrocoagulation des épithéliomas, laissent souvent de larges plages endobuccales dépourvues de revêtement muqueux.

Ce problème de greffe s'intègre en outre dans le contexte particulier qu'est la cavité buccale.



Cette région anatomique est caractérisée par la présence de zones fixes voire adhérentes, ou mobiles comme la langue, au relief irrégulier tel le plancher ou concave comme le vestibule.

D'autre part, le milieu buccal possède une physiologie particulière posant un problème de cicatrisation et de prise de greffe majoré par les différences histologiques entre peau et muqueuse. A ces difficultés s'ajoute la mobilité naturelle du revêtement endobuccal qui perturbe le maintien du greffon.

Notre but est de proposer une méthode simple et rapide de greffes cutanées destinées à réparer des pertes de substances chirurgicales ou électrochirurgicales de toute taille intéressant la cavité buccale.

La technique, les indications et les résultats seront détaillés à propos de douze cas opérés dans la clinique stomatologique de l'hôpital de la Salpêtrière.

## P L A N



Après un bref rappel anatomique et physiologique des composants du milieu buccal et leurs actions éventuelles sur les greffes de peau, nous exposerons les différentes techniques chirurgicales curatives et réparatrices antérieurement utilisées. Nous décrirons ensuite les greffes muqueuses, les greffes cutanées libres en général, et l'"Epithélial inlay".

La technique de greffe préconisée sera exposée après une rapide présentation des observations et nous terminerons par l'analyse des divers résultats.



## ~~II~~ HISTORIQUE -----

La greffe cutanée est un fragment de peau, entièrement détaché de sa zone d'emprunt, puis placé dans son nouveau siège, de telle façon qu'il puisse revivre et se réhabiliter.

REVERDIN (1869) - OLLIER (1872)

réalisent les premières greffes cutanées libres, mais leurs échecs furent nombreux par manque d'asepsie.

Leurs prélèvements étaient essentiellement épidermiques.

WOLF (1875) en Angleterre, et KRAUS (1893) en Allemagne

réalisent les premières greffes épaisses.

QUENU (1907) en France obtient plusieurs succès avec ce type de greffe.

DAVIS (1914) introduit les greffes en pastilles préconisées par REVERDIN

ESSER (1917) décrit sous le terme "Epithélial Inlay" une technique originale de greffe de peau lors des pertes de substances muqueuses intrabuccales.

GILLIES (1923) réalise un "Epithélial Inlay" pour reconstruire la pyramide nasale effondrée par destruction (d'étiologie syphillitique) de la muqueuse et de son support ostéo-cartilagineux.

BLAIR et BROWN (1929) introduisent les greffes intermédiaires ou dermo-épidermiques profondes.

PADGETT (1939) réalise un dermatome permettant des prélèvements de grande dimension, réglable en épaisseur.



Depuis, les plus grands progrès ont été réalisés par le perfectionnement de la technique de prise de greffes, et la mise au point de divers appareils.



### III BASES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

-----

#### Rappel histologique de la peau

=====

Dans l'étude microscopique de la peau, nous distinguons :

- trois couches principales de la superficie à la profondeur
  - ./ l'épiderme
  - ./ le derme
  - ./ l'hypoderme

#### L'épiderme :

De la profondeur à la superficie se disposent :

- l'assise génératrice formée de cellules basales cubiques hautes implantées à la surface des papilles dermiques dont elles sont séparées par la membrane basale.
- le corps muqueux de Malpighi, formé de 10 à 20 couches cellulaires

Les cellules sont polyédriques séparées les unes des autres par des espaces clairs. De petits traits transversaux, ou ponts intercellulaires, les unissent.
- la couche granuleuse

ou "stratum granulosum" formé de trois à quatre assises de cellules losangiques bourrées de Keratohyaline.
- le stratum lucidum : formé de cellules transparentes, lumineuses, contenant de l'éléidine dont les noyaux sont aplatis.



- la couche cornée :

le processus de Kératinisation réduit les cellules à des plaques exoplasmiques imprégnées de grains. Les noyaux ont disparu.

- la couche desquamante : n'est formée que par la lame superficielle de la couche cornée.

Le derme :

C'est une membrane conjonctive fibreuse qui contient les éléments vasculaires et nerveux nécessaires à l'épiderme.

L'hypoderme :

développé de façon très différente suivant les régions, peut faire défaut.

Se différencie de la couche précédente par la présence de tractus fibreux et l'abondance du tissu adipeux.

Nous rencontrons le fonds des follicules pileux, les glomérules des glandes sudoripares, et les corpuscules de Vater-Pacini.



RAPPEL HISTOLOGIQUE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

La muqueuse buccale est un reflet de l'ectoderme et du derme cutané dans la bouche primitive, qui ont pris quelques caractères particuliers.

Fibromuqueuse au niveau du palais, des gencives,

Muqueuse lâche et mobile au niveau des joues, du plancher et de la luette.

Présence de papilles sur la langue.

Papilles filiformes sur la face dorsale de la région antérieure

Papilles fongiformes sur la pointe et les bords

Papilles calciformes dans la région du V lingual.

La muqueuse buccale, de type lâche

l'épithélium est épais, ressemble à la peau, et en diffère par quelques particularités.

Il comprend comme la peau une couche basale, un corps muqueux de Malpighi.

Mais les couches superficielles sont composées de plusieurs assises de cellules aplaties, transparentes, ayant conservé un noyau dégénéré, mais reconnaissable.

La desquamation en surface se fait par cellules dissociables, et non par squames épidermiques, comme dans la peau.

Le stratum-granulosum et lucidum, ainsi que la kératinisation de type cutané, n'existent pas à l'état normal.

Le derme est identique à celui de la peau, mais sans phanères et glandes sudoripares.



La muqueuse linguale : nous n'étudierons que la région en avant du V lingual.

La muqueuse est du même type que la précédente, mais adhère fortement à la masse musculaire sous-jacente qui s'insère sur un derme mince.

Les papilles : forment des saillies irrégulières, hérissent la surface muqueuse.

L'épithélium peut se kératiniser.

La fibro-muqueuse est tout à fait identique à la muqueuse du plancher ; toutefois, les cellules du corps muqueux subissent une kératinisation incomplète.

La différence fondamentale est superficielle : absence de kératinisation de la muqueuse buccale, systématique dans le revêtement cutané.

Cette différence superficielle est responsable des aspects macroscopiques et cliniques.

En réalité, les points de concordance sont nombreux, l'ordonnance architecturale de l'épiderme, la morphologie cellulaire sont très voisins.

La structure du derme sous-jacent, la disposition des vaisseaux et leur morphologie, ainsi que l'aspect papillaire, sont identiques dans leur ensemble.

Il n'existe donc pas d'élément défavorable au remplacement de l'un par l'autre.



## RAPPEL DE LA PHYSIOLOGIE DU MILIEU BUCCAL

-----

### La muqueuse buccale :

apparaît comme une membrane vivante entre les milieux aqueux externes et internes lympho-intersticiels.

Des rapports physico-chimiques s'établissent entre ces deux milieux.

Normalement, en dehors du nouveau-né, tous les épithéliums de revêtement sont imperméables, principalement aux micro-organismes, et aux protéines.

Les échanges s'arrêtent à la barrière épidermique.

Le système réticulo-endothélial agit manifestement sur cette perméabilité ; il déverse dans le tissu sous-muqueux de nombreux lymphocytes.

La modification de l'équilibre : acide-base, de la lymphe intersticielle, donnera un "ph" évoluant vers le côté acide de la neutralité qui agira sur l'élément cellulaire dont il provoquera la lyse, et ainsi, s'établira une perméabilité de la muqueuse buccale qui mettra en rapport direct le milieu externe buccal, et le milieu intérieur.

Cette physiologie complexe du système réticulo-histiocytaire fait comprendre que toute cause amenant sa perturbation, entraînera des modifications profondes du milieu humoral.

La muqueuse buccale intervient dans le métabolisme général qu'elle reflète aussi bien que la peau.

### La salive :

Il existe trois types de salive :

1°/ salive mixte mucoséreuse, sécrétée par les parotides et sous-maxillaires ;



2°/ salive séreuse pure, sécrétée par les glandes de Von Ebner, situées au voisinage des papilles gustatives linguales ;

3°/ salive muqueuse pure provenant des glandes labiales palatines et de la base de la langue.

La quantité de salive sécrétée quotidiennement est de 1.000 à 1.500 millilitres.

Le "ph" varie de 6,8 à 7,5 suivant l'âge du sujet, dont la stabilité est assurée par le pouvoir tampon, stable, mais variable d'un individu à l'autre.

#### L'appareil lymphoïde :

Un appareil lymphoïde bucco-pharyngé important constitue l'anneau lymphoïde de Waldeyer, auquel s'ajoute la couche lymphoïde diffuse tapissant le pharynx.

L'appareil lymphoïde déverse son produit de sécrétions,

- en partie, vers la surface bucco-pharyngée ;
- en partie, dans les trompes lymphatiques drainées par les ganglions cervicaux.

La cavité bucco-pharyngée est habitée normalement par diverses espèces microbiennes, et sert de porte d'entrée à de nombreux éléments étrangers.

Cet appareil joue un grand rôle de défense, dont le premier obstacle est formé par l'anneau de Waldeyer, et le second, par la chaîne ganglionnaire cervicale.

#### LE POLY-MICROBISME BUCCAL :

La bouche est une des cavités naturelles les plus riches en micro-organismes. Ils sont introduits par les aliments, les boissons, l'air ambiant.



Elle constitue un milieu favorable pour leur développement (température à 38 °, humidité, nombreux replis muqueux, tartre).

L'énumération des microbes rencontrés serait longue.

On a voulu distinguer parmi eux des microbes pathogènes, et d'autres, non pathogènes.

En réalité, ils sont tous inoffensifs lorsque le milieu buccal possède son équilibre biologique.

Equilibre : en rapport avec la qualité de la vascularisation et de l'innervation de la muqueuse, la perméabilité des capillaires et de la zone papillaire, et la qualité de la sécrétion salivaire.

Cet équilibre est sous la dépendance de l'équilibre général.

En fait, il n'existe pas de facteurs défavorables au remplacement de la muqueuse par de la peau mince sous forme de greffe.



#### IV - RAPPEL DES INDICATIONS ET TECHNIQUES CHIRURGICALES antérieurement utilisées.-

---

- 1) Rappel du traitement des brides, synéchies et approfondissement des vestibules.

Ces diverses méthodes ont pour but de rétablir une anatomie normale en accord avec les diverses fonctions de mastication, d'élocution, et esthétique de la cavité buccale ainsi que la stabilité des appareils prothétiques dentaires.

Les brides, et synéchies endo-buccales, sont souvent l'expression de processus cicatriciels secondaires à des actes chirurgicaux dans le traitement de lésions bénignes ou malignes, comportant une destruction muqueuse d'étendue variable.

Les techniques d'approfondissement des vestibules créent artificiellement des pertes de substances muqueuses dont l'épithélialisation sera spontanée. Ces derniers procédés ont été décrits dans le cadre de la chirurgie pré-prothétique.

##### a) Rappel des traitements des brides et synéchies

Il s'agit soit de replis exclusivement muqueux, soit de replis muqueux avec tractus fibreux, soit de formations scléro-cicatricielles, séquelles de blessures le plus souvent opératoires.

Ces interventions sont justifiées lorsque la **stabilité**, l'**étanchéité**, et le confort du port d'une prothèse sont compromis.

La correction des replis exclusivement muqueux est réalisée par des sections perpendiculaires à l'axe du repli, et suturée **selon l'axe**.

Plastie en Z : utilisée pour la première fois par Denonvilliers, de pratique courante dans le traitement des rétractions cicatricielles cutanées, et des commissures labiales.

Il s'agit d'une plastie d'enjambement visant à obtenir le relâchement de



cette bride. Le principe consiste à faire tourner de 90° l'axe de tension par l'entrecroisement de deux lambeaux triangulaires.

Les dimensions et les axes des incisions doivent être soigneusement exécutés.

Procédé de l'anneau de CABROL : un anneau fendu en argent, de 2,5 cm transfixie la bride près de sa base d'implantation; laissé en place quatre à cinq semaines, il crée un tunnel épithélialisé.

La bride est ensuite incisée de son bord libre jusqu'à l'anneau.

Correction des replis muqueux avec tractus fibreux : elle est réalisée selon la technique décrite par l'HIRONDEL et ARONOWICZ, à propos de la réduction du diastème interincisif médian.

- b) Reconstitution des vestibules buccaux : l'intervention est indiquée lorsque les insertions musculaires, et la réflexion de la muqueuse, sont à courte distance du sommet de la crête, et quand la hauteur totale du corps du maxillaire est compatible avec le déplacement de ces insertions. Le rempart osseux récupéré doit avoir de 6 à 10 m/m de hauteur et être de forme convenable.

Toutes les interventions décrites comportent la même règle : empêcher par un artifice chirurgical l'affrontement des surfaces cruentées.

Les procédés opératoires sont nombreux :

- 1°) Par voie sus-périosté :

le périoste et les insertions musculaires sont réclinées;

- 2°) Par voie sous-périostée :

seuls, les muscles sont séparés par sections;

- 3°) Par déplacement des plans musculaires par clivage :

.../...



A. - Les procédés par voies sus-périostées.

L'intervention de COOLEY :

à la mandibule : la muqueuse est incisée, et le périoste récliné.

Les pédicules mentonniers sont abaissés par la création d'un nouvel orifice plus bas situé, creusé à la fraise dans l'os mandibulaire.

L'abaissement du vestibule est maintenu par une gouttière réalisée sur les modèles, et fixée par des fils péri-mandibulaires noués à la peau.

Au maxillaire supérieur : même principe.

La contention est assurée par un drain de caoutchouc placé dans le sillon néo-formé, et maintenu par des fils trans-cutanés noués sur un bourdonnet au niveau de la lèvre et des joues.

Le procédé de KAZANJIAN associe à la précédente technique une résection des crêtes.

B. - Les procédés par voies sous-périostées :

Le procédé de CLARK :

Incision de la fibro-muqueuse jusqu'à l'os selon une ligne située un peu en dessous de la crête, sur son versant externe, d'une région canine pré-molaire à l'autre, un lambeau labial est disséqué à partir de la lèvre inférieure, et soigneusement isolé de ces adhérences profondes.

Les tissus sous-muqueux sont décollés au ciseau, à la compresse, en respectant soigneusement le périoste. - excision de ces tissus, hémostase soignée.

Le lambeau est rabattu contre la face interne de la lèvre, puis fixé au bord libre du néo-vestibule par des sutures cutanées ou par des points passés



dans les plans musculaires profonds.

Le procédé de WILD :

Se différencie par une section des muscles au contact du périoste qui est respecté. Le sillon néo-formé est maintenu par une prothèse réalisée immédiatement.

Procédé de LATTES et BATAILLE :

Le principe est identique, mais la contention est assurée par un drain de caoutchouc fixé au fond du vestibule par des fils métalliques passés à travers la peau, et noués sur un bourdonnet.

Technique de VRASSE et NETTER :

La fixation du lambeau est assurée par une éponge en alcool-vinyle de section uniforme de 1 cm de côté, chargée d'antibiotiques et d'hémostatiques. Cette baguette d'éponge est placée dans les boucles de fils transcutanés fixés latéralement et serrés sur des boutons doublés de bourdonnet de biogaze.

L'éponge est enlevée au huitième jour.

L'épithélialisation et la cicatrisation sont suffisantes pour éviter le rapprochement des tissus déplacés.

L'inconvénient est constitué par la présence de fils transcutanés et des boutons.

VIGNEUL, propose de fixer l'éponge par les fils disposés en hamac de la muqueuse jugale et labiale qui transverse en "U" large et profond, à la muqueuse palatine, en passant entre la fibro-muqueuse et la crête osseuse, pour être nouée sur des plaquettes perforées en résine acrylique.

Au maxillaire inférieur, à la place des plaquettes gênantes pour la langue,



une bande d'éponge plate est appliquée sur le versant lingual sur laquelle sont noués les fils.

Si le sujet est porteur d'appareils, ceux-ci retiendront l'éponge, et devront être portés plusieurs jours; une fronde occipito-mentonnaire les maintiendra durant la nuit.

C.- Les procédés par clivage musculaire (de HOBWEGESER et de CUYPER)

Cette intervention ne laisse aucune surface dénudée, ni du côté osseux, ni du côté des parties molles.

La désinsertion musculaire au niveau du vestibule est obtenue après tunnelisation sous-muqueuse.

Technique : pratiquer trois incisions perpendiculaires à la crête, une médiane, deux autres dans la région canine.

Décollement de la muqueuse des plans sous-jacents; section des tissus sous-muqueux au ras de la crête : rugination du périoste de haut en bas pour désinsérer les muscles, puis mise en place d'une prothèse fixée par des fils péri-mandibulaires appliquant la muqueuse libérée contre l'os.

Pour de CUYPER : la contention est assurée par un appareil prothétique préexistant, dont le bord vestibulaire est chargé de stent's, modelé directement dans la bouche. Cet appareil est fixé à l'aide de fils métalliques passés à travers le rebord osseux.

Intervention de TRAUNER :

Consiste à sectionner les muscles mylo-hyoïdiens au niveau de leurs insertions musculaires, et de les baisser vers le bord basilaire.

La contention sera assurée par des fils en "u" transcutanés, noués sur un bourdonnet.



Pour éviter l'effraction cutanée, les fils peuvent être amenés autour de la mandibule et sortis dans le vestibule, et fixés sur un drain de caoutchouc ou sur une baguette d'éponge.

Procédé de Skaloud et Szekeley :

réalise un approfondissement simultané du cul-de-sac lingual et vestibulaire dans la région antérieure.

Les muscles sont désinsérés, et ruginés de chaque côté : la contention est assurée par une prothèse réalisée préalablement, comportant de hauts remparts vestibulaires et linguaux.

La prothèse est fixée par des fils en vitallium péri-mandibulaires.

Technique de VRASSE :

indiquée pour l'approfondissement simultané des vestibules et du plancher buccal.

Associe la rugination et désinsertion musculaire au niveau des tables externes et internes de la mandibule.

La contention est assurée par deux baguettes d'éponge vestibulaire et linguale, fixées l'une à l'autre par des fils sous-mandibulaires, mais sans effraction cutanée.



## II RAPPEL DU TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS PAR ELECTRO-COAGULATION :

L'électro-coagulation :

a été étudiée et mise au point par CERNEA dans le traitement des tumeurs cervico-faciales (11ème Congrès Français de Stomatologie, 1948).

Elle utilise l'effet calorigène des courants de haute fréquence sur les tissus vivants : les tissus sains sont thermosensibles et détruits lorsque la température dépasse 60°.

Les tissus néoplasmiqes plus fragiles, sont mortifiés vers 50/55 , ce qui facilite la destruction élective des tissus anormaux.

L'appareil utilisé est un générateur de haute fréquence à éclateur d'ondes amorties. La diathermocoagulation est pratiquée en bipolaire : l'électrode active est une boule de taille variable, l'autre électrode en étain est placée sur le patient.

Les méthodes d'électro-coagulation des lésions endo-buccales :

a) l'électro-coagulation simple des épithéliomas du plancher buccal :

l'anesthésie est générale, mais l'intervention peut être faite sous loco-régionale ; novocaïne adrénalisée associée à une prémédication. La coagulation est faite à la boule, l'électrode est placée au centre de la tumeur, et amenée progressivement vers la périphérie.

Les tissus prennent sous l'action de la chaleur un aspect gris blanc caractéristique, mais gardent leur structure ; ainsi, il est possible de distinguer les tissus pathologiques des tissus sains. Certains points sont à respecter pour mener à bien l'intervention :

- la carbonisation des tissus est proscrite
- le saignement doit être évité au maximum
- la destruction des tissus est faite plan par plan ; les tissus coagulés sont enlevés au fur et à mesure à la curette, ou avec une pince de HARTMANN.



Lorsque toute la lésion est détruite (le contrôle est à la fois visuel et tactile : disparition de l'infiltration) une zone tissulaire saine de sécurité est encore électrocoagulée : c'est l'intérêt de l'électrocoagulation de détruire électivement les cellules cancéreuses en périphérie de la tumeur, puisqu'elles sont plus sensibles à la chaleur.

L'hémostase est alors vérifiée.

L'électro-coagulation des épithéliomas crée une perte de substance muqueuse et de tissus sous-jacents d'importance variable, non couverte secondairement. Les suites opératoires immédiates sont dominées par la dysphagie d'autant plus intense que la langue est touchée par la nécrose, par une mastication réduite, par une fétidité de l'haleine.

L'alimentation est généralement mixée, rarement liquide par sonde nasale.

Les soins locaux consistent en épluchage de la plaie à partir du 7ème jour ; il s'agit d'enlever quotidiennement avec précaution les débris nécrotiques réduisant ainsi le phénomène de macération et les hémorragies post-opératoires.

La plaie commence à se déterger vers le 10ème jour, pour être tout à fait propre vers le 15ème jour.

Au cours de cette période de chute de l'escarre, il existe un risque d'hémorragie qui oblige à garder le malade en milieu chirurgical.

Un traitement antibiotique général de couverture est prescrit ; la sortie du malade a lieu le 20ème jour.

Le comblement de la perte de substance se fera spontanément par organisation conjonctive d'exsudat fibrineux et secondairement, par épithélialisation progressive superficielle, complète entre le 40ème et 60ème jour.

#### Les indications de l'électro-coagulation

Dans tous les cas une biopsie précède de quelques jours ou immédiatement l'électro-coagulation.



A.- Les Epithéliomas superficiels (T1-T2)

La dégénérescence des états dits pré-épithéliomateux et les lésions inférieures à 2,5 cm (T1-, T2 de la classification internationale) sont justiciables de l'électro-coagulation simple.

B.- Les Epithéliomas infiltrants (T3)

C.- Les Epithéliomas étendus (T4)

Ces tumeurs peuvent bénéficier de l'électro-coagulation, en particulier dans les formes avec atteinte du maxillaire inférieur. Ce procédé est peu choquant et économique. Il n'y a pas eu électro-coagulation du maxillaire dans notre série de malades, mais cette technique est fréquemment employée avec succès par Cernéa dans les épithéliomas du plancher avec propagation osseuse.

Les avantages de l'électro-coagulation

Elle est très efficace. Elle n'empêche ou ne gêne aucun traitement ultérieur (chirurgie ou rX)

Elle permet un contrôle anatomique de la destruction de la lésion.

La perte de substance est réduite au minimum tout en gardant une bonne sécurité carcinologique.

Elle permet une électro-destruction osseuse aisée.



V - LES GREFFES CUTANÉES LIBRES :

Nous distinguons :

1<sup>o</sup>/ les autogreffes prélevées sur le sujet lui-même ;

2<sup>o</sup>/ les hétérogreffes, de l'animal à l'homme.

Les autogreffes seules nous intéressent.

Nous étudierons successivement :

- la prise d'une greffe libre ;
- les différents types de greffes ;
- la mise en place, la suture, les soins ultérieurs.

O=O=O=O=O=O=O=O=O=O

PRISE d'une GREFFE LIBRE :

./ Macroscopiquement :

Une greffe cutanée adhère, et prend un aspect rosé au 4<sup>ème</sup> jour ;  
au 8<sup>ème</sup> jour, elle desquame.

En trois semaines, aspect presque définitif.

./ Microscopiquement :

Jusqu'au 4<sup>ème</sup> jour, la greffe vit par circulation plasmatique ;

Au 4<sup>ème</sup> jour, des bourgeons vasculaires pénètrent la greffe.

Du 4<sup>ème</sup> au 8<sup>ème</sup> jour : pénétration vasculaire, et prolifération  
cellulaire intense de l'épithélium.

Du 8<sup>ème</sup> au 21<sup>ème</sup> jour : l'épithélium desquame, et prend un aspect  
normal ;

la face profonde de la greffe s'unit plus  
intimement au conjonctif de la zone récep-  
trice.



Le retour à la sensibilité demande six mois à un an.

Dans l'ordre, réapparaissent : la sensibilité douloureuse, thermique  
puis tactile.

Causes d'échec, et de succès d'une greffe libre :

./ l'épaisseur : le succès d'une greffe est lié à la revascularisation  
d'autant plus facile que la greffe est mince ;

./ la préparation du lit : la zone réceptrice doit être vascularisée,  
et non infectée.

Hémostase parfaite ; la formation d'un  
hématome est une cause d'échec absolu.

./ l'immobilisation : les mouvements de la greffe cisailent les pel-  
tons vasculaires, et créent des hématomes.  
Il est très important de faire des points  
d'amarrage en profondeur, pour favoriser la prise  
et la fixité de la greffe.

./ la pression : le rôle classiquement très important de la pression  
est discuté (LALMAN et INNES - 1957).

Ces auteurs ont montré que les greffes exposées  
prennent aussi bien que celles recouvertes de panse-  
ments compressifs.

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

LES DIFFERENTS TYPES DE GREFFES :

-----

Nous distinguons :

./ les greffes dermo-épidermiques superficielles d'Ollier-Tiersch  
ou greffes 1/3



Il s'agit d'un greffon de l'épiderme, et corps papillaire ;

- ./ les greffes dermo-épidermiques profondes de Blair & Brown & Padgett, ou greffes 2/3

comportant la précédente, avec en plus, les 2/3 du derme sous-jacent;

- ./ les greffes de peau totales, de Wolf & Krause  
ou greffes de toute l'épaisseur de la peau, à la limite de l'hypoderme.

--:--:--:--:--:--:--:--:--

#### Les greffes dermo-épidermiques minces :

##### 1./ Techniques de prélèvement :

les greffes peuvent être prélevées :

- soit au rasoir-sabot (type Blair, Lagrot, L. Dufourmentel, Jean Bosset) muni d'un curseur permettant d'obtenir l'épaisseur désirée;
- soit au Dermatome de Padgett, ou au Dermatome électrique (Gosset).

##### 2./ Prélèvement de la greffe au rasoir-rabot :

Le rasoir est réglé à 3 ou 4/10èmes de millimètres; la peau est aseptisée avec de l'alcool.

La zone de prise, et la face du rasoir qui va s'appuyer sur elle, sont enduites d'huile de vaseline stérile.

L'aide tend la peau à la partie supérieure avec une planchette, afin d'exercer une pression uniforme.

L'opérateur manie le rasoir de la main droite, alors qu'il tend la peau de la main gauche, en suivant le mouvement du rabot.

.../...



En avançant lentement, bien à plat, il prélève le fragment désiré qui est déroulé et sectionné à sa base avec des ciseaux. La greffe est conservée dans une gaze imbibée de sérum tiède. La plaie sera recouverte avec une gaze peu grasse à la cortisone. Un pansement protecteur sera laissé huit jours, et renouvelé.

3./ Prélèvement au dermatome électrique (de Jean Gosset) :

Cet appareil fait gagner du temps, et offre de nombreux avantages. L'épaisseur du greffon est constante, et fonction de la pression exercée et du réglage de l'appareil.

Les bords sont utilisables, car non-hachés, et le greffon est immédiatement, parfaitement adaptable.

4./ Mise en place du greffon :

On distingue deux procédés :

- a) le greffon est taillé, compte-tenu de la rétraction par élasticité suivant les dimensions de la perte de substance, puis suturé exactement bord à bord.
- b) soit, on conserve un greffon plus large; suture, puis excision de l'excédent.

Fixation : par des fils transfixiant la greffe.

La greffe dermo-épidermique profonde :

La technique est la même que précédemment.

La greffe cutanée totale :

La greffe comprend toute l'épaisseur de la peau.

Le type du greffon : rétro-auriculaire, très employé, taillé au bistouri;

.../...



Dégraissage et mise à nu du derme.

La technique de mise en place et de fixation est identique.

O=O=O=O=O=O=O=O=O

#### LES GREFFES ET LAMBEAUX MUQUEUX :

-----

Les greffons sont prélevés sur la muqueuse buccale, ils sont de type pédiculés ou libres.

- ./ Les greffes libres : sont réservées en général aux lèvres et à la cavité orbitaire.  
Elles peuvent être utilisées pour le comblement d'une perte de substance minime du vestibule supérieur ou de la muqueuse buccale.

Le transplant est prélevé au bistouri ou avec les Dermatomes de DASILVA, et de CASTROVIEJO.

Les techniques d'application et de fixation sont identiques à celles utilisées pour les greffes de peau mince.

- ./ Les greffes pédiculées : sont unies ou bipédiculées pour une utilisation dans le voisinage immédiat, les lèvres en particulier.

Le lambeau unique est en général postérieur, sa longueur ne doit pas dépasser le double de la largeur.

Il s'agit en général d'un lambeau jugal ou vestibulaire, destiné aux lèvres.

Le lambeau peut être bipédiculé, en anse, destiné à la lèvre opposée.

Le lambeau en rideau est taillé à la face interne d'une lèvre, en forme d'U très allongé, et très épais, comportant au moins 2 m/m de sous-muqueuse.



Ces interventions peuvent se faire sous anesthésie locale pour les greffes libres. Pour les greffes pédiculées, sous anesthésie générale, afin d'éviter l'ischémie.

Cette chirurgie est hémorragique et impose une hémostase soigneuse par ligature.

- Les avantages anatomiques : la muqueuse ne possède pas de couche cornée, pas de phanère, pas de glandes sébacées.

- Leurs indications :

./ Fonctionnelle : systématique pour la réfection conjonctivale, car les greffes ne dessèchent pas et ne forment pas de croûtes.

./ Esthétique : pour des pertes de substance limitées du vestibule supérieur dans la région incisive.

- Pour la réfection des lèvres.

- Les inconvénients :

Les surfaces de la muqueuse susceptibles de prélèvement sont très limitées.

La prise est souvent moins satisfaisante que celle d'une greffe cutanée avec tendance à la rétraction.

Pour éviter cet inconvénient, on est amené parfois à faire des greffes sur moules, laissés en place trois semaines.

## VI - RAPPEL TECHNIQUE DE L'EPITHELIAL INLAY :

=====

Les sources de muqueuse à notre disposition sont de surface très limitée, et ne permettent pas de tapisser des cavités endo-buccales de quelque importance.



L'Epithélial Inlay d'Esser répond à cette nécessité.

Il s'agit d'une greffe cutanée libre dermo-épidermique, destinée à combler les pertes de substance, ou compenser les déficits de la muqueuse buccale.

Par extension, cette méthode est employée pour approfondir une cavité orbitaire rétractée en vue d'appareillage prothétique, et est préconisée dans la correction d'agénésie vaginale.

C'est une technique sûre, supprimant pratiquement tout risque de récurrence, mais nécessitant un acte opératoire supplémentaire : la prise de greffe.

Les indications :

- GINESTET la préconise pour la création d'un vestibule chez l'édenté
- CERNEA et ses collaborateurs, la réservent aux grandes synéchies labio-maxillaires.
- DUFOURMENTEL, pour réparer le sillon buccal ;
- Converse, pour les larges pertes de substance, les cicatrices vicieuses interdisant le port de prothèse ;  
la reconstitution vestibulaire après résection ;  
greffe mandibulaire  
les dilacérations muqueuses lors de fractures mandibulaires.

Technique opératoire :

Après excision d'un éventuel bloc fibreux afin d'obtenir une souplesse suffisante des zones cruentées , hémostase soignée et complète.

La greffe de peau mince sera prise dans une zone non pileuse, largement taillée par rapport à la région à couvrir.



Le temps de prise de greffe doit être strictement stérile, et pratiqué au début de l'intervention.

La mise en place de la greffe, et sa contention, varient suivant les auteurs, et les cas cliniques.

En général : le porte greffe est constitué par un moule de stent's ramolli ; appliqué à force dans la plaie opératoire, afin d'obtenir une hypercorrection pendant son durcissement.  
Ebarber l'empreinte.

Le moule sera immobilisé par un appareil de contention préparé à l'avance.

Le moule de stent's, revêtu de la greffe, face cruentée au dehors, est introduit dans la cavité préparée pour lui, et maintenu par l'appareil de contention.

Vers le 10ème jour : l'appareil provisoire est remplacé par une prothèse dentaire définitive, ou par une prothèse de contention en Acryl, faite au laboratoire, maintenue en place 6 à 8 semaines pour éviter la rétraction.

Chez les édentés, au maxillaire inférieur, le porte greffe sera solidarisé à la mandibule par des ligatures circonférentielles au fil d'acier maxillaire supérieur.

-----

Au maxillaire supérieur, l'épithélial Inlay placé dans le néo-vestibule, maintenu par une gouttière porte-greffe, sera immobilisé par des ligatures trans-maxillaires, et des tiges extra-buccales avec appui extra-cranien.

.../...



Pour une cicatrice intéressant essentiellement le plan muqueux, avec lèvres souples, il est suffisant d'utiliser un procédé de contention simplifié.

Une gaze grasse remplace le stent's.

Celle-ci est modelée dans la plaie opératoire, puis taillée à la demande. On l'enveloppe complètement avec la greffe, face cruentée au dehors.

L'ensemble est placé dans la plaie qui sera hermétiquement suturée au-dessus par des points séparés, ou surjet.

12 à 15 jours après, réincision du vestibule ; la gaze grasse est enlevée.

Les bords, gingival et labial sont reconstitués et ourlés correctement.

La gaze peut être remplacée par une éponge d'alcool poly-vinylque.

Lors de ce type d'intervention, l'hygiène buccale doit être stricte : alimentation nasale au besoin, et antibiothérapie systématique durant huit à dix jours.

O=O=O=O=O=O=O=O=O=O=O



## VII

### CRITIQUES DE CES DIVERSES METHODES

=====

Les différentes techniques du traitement des brides et des synéchies ne mettent pas à l'abri d'une récurrence.

Les approfondissements de vestibules nécessitent un appareillage important, une technique minutieuse, les résultats sont obtenus dans un délai relativement long, avec un succès relatif.

Les traitements par électro-coagulation seule, nécessitent une hospitalisation de 3 semaines en moyenne, avec un risque hémorragique à la chute de l'escarre, entre le 10ème et 15ème jour ; d'autre part, le comblement spontané de la perte de substance est complet entre le 2ème et 3ème mois suivant l'intervention.

La constitution peu fréquente, mais réelle de lésions cicatricielles à type de brides et de symphyses, gêne notablement les malades.

#### Les Greffes muqueuses :

L'utilisation de lambeaux muqueux en traitement de pertes de substance endo-buccale est théoriquement idéale, mais la rareté des zones donneuses, tant en surface qu'en nombre, ainsi que leur tendance à la rétraction, restreignent les indications à quelques cas bien précis de pratique exceptionnelle.

L'épithélial Inlay dont nous avons développé la technique, apporte une solution élégante pour la création de vestibules ou le comblement d'une perte de substance.

Toutefois, ce procédé est de réalisation complexe, en plusieurs temps, et nécessite une surveillance post-opératoire assidue, avec un inconfort certain du malade.



L'épithélial Inlay classique avec prothèse, moule de Stent's, blocage, alimentation par sonde constitue pour le malade une épreuve pénible qui en limite les indications.

#### TECHNIQUE PERSONNELLE

-----

La technique de greffe immédiate de peau mince que nous proposons, est utilisée pour le comblement des pertes de substances consécutives à deux types d'interventions :

- Après électro-coagulation d'un épithélioma et après excision simple
- Après excision pour les lésions bénignes.

Un bilan pré-opératoire est nécessaire dans les deux cas :

- ./ Pour les lésions bénignes : On vérifiera l'exactitude du diagnostic par un examen anatomopathologique.
- ./ Pour les épithéliomas : Un examen clinique précisera l'extension locale et le degré d'infiltration vers les parties molles voisines (langue, région sous-maxillaire, muscle myélo-hyoïdien), la fixité à l'os voisin, l'uni ou la bi-latéralité, ainsi que l'importance de l'infection surajoutée.

Les chaînes ganglionnaires cervicales seront soigneusement examinées et palpées, en précisant le nombre, le volume, la fixité, l'uni ou la bi-latéralité des ganglions.

Un schéma résumera l'ensemble de ces constatations cliniques.

.../...



Un examen radiologique complet doit déceler une modification de l'os mandibulaire ou maxillaire par le processus néoplasmique.

Dans cette dernière éventualité, les modalités opératoires et le pronostic sont totalement transformés.

Une biopsie précisera le type histologique de la lésion.

Un bilan général humoral et radiologique est nécessaire pour dépister une métastase, ceci modifiant radicalement le traitement et le pronostic.

Pour les deux types d'interventions prévus, l'anesthésie générale est préférable pour le confort du malade et la commodité de l'acte opératoire, toutefois l'anesthésie locale n'est pas contre-indiquée.

Un bilan pré-opératoire, cardio-vasculaire, pulmonaire et biologique, doit déceler toute contre-indication opératoire, et prévenir les accidents de réanimation.



## VIII LA TECHNIQUE OPERATOIRE

### 1) Excision chirurgicale pour lésions bénignes :

Un packing imbibé de sérum tiède est placé dans la cavité buccale afin d'éviter la chute de caillots dans les voies aéro-digestives. On infiltre la région à greffer par xylocaïne adrénalinée à 2 %.

La muqueuse est coupée au bistouri ordinaire à lame triangulaire en passant au large de la lésion.

La dissection de cette lésion des plans sous-jacents est réalisée au ciseau.

La pièce opératoire est conservée pour un examen histologique.

L'hémostase doit être minutieuse avec un maximum de ligatures faites au catgut 000.

Un tamponnement avec du sérum adrénaliné doit laisser une plaie opératoire propre et totalement dépourvue du moindre saignement, toute hémorragie, même minime est source d'hématome provoquant la nécrose secondaire du greffon ; par absence de vascularisation, la plaie est recouverte d'une gaze imbibée de sérum adrénaliné en attendant la mise en place de la greffe.

Le greffon sera prélevé et fixé suivant des modalités que nous détaillerons ultérieurement.

.../...



## 2) En cas d'électrocoagulation

L'électrode active en forme de courbe est placée au centre de la tumeur et amenée progressivement vers la périphérie.

Les tissus prennent sous l'action de la chaleur un aspect gris blanc caractéristique<sup>e</sup> mais gardent leur structure : ainsi, il est possible de distinguer les tissus pathologiques des tissus sains. Certains points sont à respecter pour mener à bien l'intervention.

La carbonisation des tissus est proscrite

Le saignement doit être évité au maximum

La destruction des tissus est faite plan par plan

Les tissus coagulés sont enlevés au fur et à mesure à la curette ou avec une pince de Hartmann.

Lorsque toute la lésion est détruite (le contrôle est à la fois visuel et tactile : disparition de l'infiltration) une zone tissulaire saine de sécurité est encore électrocoagulée, c'est l'intérêt de l'électrocoagulation de détruire électivement les cellules cancéreuses en périphérie de la tumeur, puisqu'elles sont plus sensibles à la chaleur.

Une recoupe au ciseau sera faite en tissus sains à distance et l'hémostase réalisée avec les mêmes précautions que précédemment.

Le greffon :

Le prélèvement de peau mince est fait à la cuisse chez l'homme à la fesse chez la femme.



La région donneuse est aseptisée avec de l'alcool iodé très dilué que l'on badigeonne ensuite avec de la vaseline stérile, ainsi que la face du rasoir. On utilisera le rasoir de Lagrot.

Le rasoir est réglé à 3 ou 4/10e de millimètre, l'aide tend la peau à la partie supérieure avec une planchette afin d'exercer une pression uniforme, l'opérateur manie le rasoir de la main droite alors qu'il tend la peau de la main gauche, en suivant le mouvement du rabot.

En avançant bien à plat, il prélève le fragment désiré, dont les dimensions ont été préalablement fixées comparativement à la surface excisée.

Cette surface doit être supérieure à la zone receveuse.

Le fragment désiré est déroulé et sectionné à sa base avec des ciseaux.

La greffe est conservée dans une gaze imbibée de sérum tiède. La plaie sera recouverte, avec une gaze imbibée de sérum adrénaliné.

./ Prélèvement au dermatome électrique (de Jean Gosset) :

Cet appareil fait gagner du temps, et offre de nombreux avantages. L'épaisseur du greffon est constante, et fonction de la pression exercée et du réglage de l'appareil.

Les bords sont utilisables, car non hachés, et le greffon est immédiatement, parfaitement adaptable.

.../...



./ Mise en place du greffon

On vérifie l'hémostase de la plaie - des sutures seront faites si nécessaires

Le greffon est déroulé et appliqué bien à plat sur la plaie en évitant toute traction excessive.

Les sutures périphériques sont simples, au flexo crin fin. Ces premiers points sont placés aux différentes extrémités de la greffe et l'on conserve un chef.

L'excès du lambeau est coupé à la demande au ciseau

La suture périphérique est complétée par des points séparés de 5 mm, un chef est conservé.

De petites incisions de 3 mm environ sont faites au bistouri au milieu du greffon.

L'immobilisation très simple est assurée par les points périphériques et de nombreux points au centre de la greffe sur chaque cm 2, et par un bourdonnet de biogaze très serré sur la greffe à l'aide des fils conservés au niveau des sutures périphériques.

A l'aide d'une seringue munie d'une aiguille fine on injecte au centre de la greffe 4 à 5 cc de pénicilline-thrombase

Une pression énergique sur le bourdonnet fixé permet l'évacuation du sang collecté sous le lambeau par les incisions faites au centre du greffon.



La plaie de la région donneuse est couverte par une feuille de celloderme recouverte par un pansement de biogaze. Un américain maintenu par une bande très serrée complète le pansement. Ceci est laissé en place 15 jours au terme desquels la cicatrisation est habituellement terminée.

Le bourdonnet est enlevé au 6ème jour, les fils endobuccaux au 8ème jour. La greffe est déjà résistante, simple précaution, une alimentation fluide et tiède pendant une semaine encore.

Le malade sort au 8ème jour.

Une antibiothérapie à large spectre de couverture nécessaire durant huit jours.



IX.- LES OBSERVATIONS

=====

Observation n° 1

B.... Marie, 69 ans consulte le 6/9/67 pour ulcération située un tiers moyen du bord droit de la langue. Le 9/9/67 biopsie exérèse. L'examen histologique de la pièce précise qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire. La lésion est classée T2 N 0.

Les suites opératoires sont médiocres, reprise de l'ulcération suspecte. Le 11/10/67. Electrocoagulation, recoupe et greffe de peau mince.

Bonnes suites opératoires. Le 27/10/67 greffe prise à 100%. Le 15/12/68 biopsie d'un nodule suspect à la partie antérieure de la greffe, il s'agit d'une deuxième localisation. L'examen histologique confirme qu'il s'agit d'un épithélioma in situ. On décide une curiéthérapie par aiguillage. La malade est revue en Février et Mars 1968. L'état de la greffe est excellent.

Observation n° 2

P.... Germaine, 65 ans. Admise le 8/1/70 pour exérèse d'un épithélioma développé sur lichen du dos de la langue. Cette malade consulte une première fois en Avril 69 pour un lichen érosif du dos de la langue, confirmé histologiquement. Le traitement local général et la cure à St-Christeau sont décevants. La malade est revue six mois après, le 30/10/69, une biopsie d'une zone suspecte du dos de la langue précise qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde très différencié.

La cédation des phénomènes érosifs est obtenue après deux mois de traitement local et général. Le 20/1/70 exérèse chirurgicale de la totalité de la muqueuse du dos de la langue au V lingual suivie de greffe



de peau mince. Bonnes suites opératoires, les fils sont enlevés le 30/1/70, la malade sort le 4/2/70; très bon état local et général, le 13/3/70.

Observation n° 3

G.... Emilio, 74 ans. Adressé le 14/11/67 pour une lésion exophytique du bord droit de la langue située au 1/3 moyen. Classé T1 N0. Le 17/11/67 électrocoagulation, large recoupe suivie de greffe de peau mince. Une biopsie extemporanée confirme le diagnostic : carcinome épidermoïde différencié kératinisant. Les suites opératoires sont satisfaisantes, greffe prise à 100%. Le malade est sortant le 25/11/67. Le 1/12/67 élimination de la moitié supérieure de la greffe, peut être causée par une dent égressée. Le 15/12/67, la greffe est épaissie et rétractée, le 16/6/68 la greffe est souple. Le malade est revu tous les deux, puis tous les quatre mois. L'état de la greffe est satisfaisant. Le 27/3/70 état local identique.

Observation n° 4

D.... Maurice, 38 ans. Hospitalisé une première fois le 8/6/64 pour électrocoagulation d'un lichen plan buccal. Récidive et deuxième électrocoagulation le 15/10/64. Le 12/7/66, 3ème intervention et exérèse. Le 2/11/67 exérèse biopsie.

Les divers examens histologiques sont en faveur d'un épithélioma intra épithélial développé sur lichen. Un traitement médical à base de Betneval et Valium est prescrit de mars 67 à Juin 68. Le 13/6/68 excision pour récurrence rétro-commissurale inférieure droite suivie d'une greffe de peau mince. Le diagnostic histologique de la pièce est en faveur d'un lichen. Une surveillance sera nécessaire, compte-tenu des modifications architecturales. Au 7ème jour greffe prise à 100%. Le 15/1/69 récurrence du lichen sur la greffe. Le 13/5/69 électrocoagulation large et mise en place d'une greffe de peau mince. Les suites opératoires sont satisfaisantes. Le malade est revu tous les mois puis tous les deux mois jusqu'au 24/9/69.



Observation n° 5

Mme M..... 45 ans

consulte le 13/2/68 pour une ulcération de 1 cm<sup>2</sup> au contact du canal de Wharton droit s'accompagnant d'adénopathie sous-maxillaire droite. La lésion est classée T1 N2. Intervention le 17/2/68. Electrocoagulation sur 4 cm<sup>2</sup>, recoupe suivie de greffe de peau mince. Examen anatomo-pathologique de la pièce confirme le diagnostic : carcinome épidermoïde kératinisant du plancher. Les suites opératoires sont excellentes. Greffe prise à 100%. La malade sort le 28/12/68. Le 25/4/69, découverte d'une masse sous-maxillaire droite de la taille d'une mandarine. Il est décidé dans un premier temps : chimio-thérapie hebdomadaire en perfusion composée de :

|          |       |
|----------|-------|
| Velbe    | 10 mg |
| Thiopepa | 10    |
| Rufo     |       |
| Endoxan  |       |

administrée à deux reprises.

Deuxième temps : curage sous-maxillaire droit le 14/5/69. A l'examen de la pièce, pas de métastase ganglionnaire. Les suites opératoires sont excellentes. Les perfusions sont poursuivies chaque semaine à dater du 30/5/69, les doses sont réduites de moitié un mois après. En Janvier 1970, 18<sup>ème</sup> perfusion, l'état général est satisfaisant, la greffe en bon état.

Observation n° 6

B.... Marie-Françoise, 35 ans.

consulte le 29/11/67 pour une ulcération de 1 cm<sup>2</sup> du plancher buccal droit apparu 15 jours auparavant. Le 14/12/67, électrocoagulation large sur 4 cm<sup>2</sup>, recoupe suivie de greffe de peau mince. L'examen histologique confirme : carcinome épidermoïde kératinisant. Une semaine après l'intervention, la greffe est prise à 100% et la malade sort le 23/12/67. La malade est revue régulièrement jusqu'au 20/3/70. A ce jour, l'état de la greffe est excellent.

.../...



Observation n° 7

B.... René, 66 ans

adressé en décembre 67 dans le service pour ulcération du plancher droit. Edenté complet et appareillé en 1963. La prothèse inférieure est mal tolérée avec apparition d'une lésion suspecte du plancher buccal involuant spontanément. En Janvier 1967, nouvelle prothèse suivie de récurrence. Il s'agit d'une ulcération sub-linguale droite fixée à l'os mandibulaire s'accompagnant en arrière et latéralement d'un voile de leuco-kératose. Diagnostic d'épithélioma du plancher est évoqué. Intervention le 19/12/67. L'examen extemporané précise qu'il s'agit d'une leuco-kératose de surface avec forte hyperplasie épithéliale sans signe évident de tumeur maligne. Il est décidé une électrocoagulation en masse avec perte de substance de 15 cm<sup>2</sup> suivie de recoupe de greffe de peau mince. Les suites opératoires sont bonnes, greffe prise à 100%. En avril 1968, un évidement sous-maxillaire bi-latéral est pratiqué devant la persistance d'un nodule juxta-glandulaire gauche. A l'examen histologique de la pièce : pas de métastase. Les suites opératoires sont satisfaisantes, le malade est revu chaque mois. Bon état local et général jusqu'en Décembre 1968. Le 4/12/68 on porte le diagnostic "oral florid papillomatose" devant l'apparition d'un élément suspecte en arrière de la zone greffée. Intervention à deux reprises en Janvier et Avril 1969 pour exérèse de cette lésion bénigne située au bord de la greffe sans ablation de celle-ci. Depuis : bon état de la greffe.

Observation n° 8

M.... Clément, 71 ans

adressé le 13/10/69 pour ulcération du plancher buccal gauche découvert en Juillet 1967 à la suite des extractions dentaires du bloc incisif inférieur. Il s'agit d'une lésion ulcéro-infiltrante du plancher gauche s'étendant de la ligne médiane en avant, au replis amygdalo-glosse en arrière en dehors plaqué sur la table interne mandibulaire, en dedans remonte sur la langue

.../...



sur 1 cm et atteint le frein et la crête salivaire droite en surface. La lésion est classée T3 No, le 8/11/67, électrocoagulation large, recoupe à minima suivie de greffe de peau mince. Examen histologique confirme : carcinome épidermoïde kératinisant. Bonnes suites opératoires, la greffe est prise à 75 % 15 jours après l'intervention. Le 15/1/68 récurrence locale confirmée histologiquement, le malade décède le 7/5/68.

Observation n° 9

M.B...., 53 ans.

adressé le 7/12/67 pour lésion kératosique du bord gauche de la langue débordant largement en arrière du V. Lingual. Cette lésion est apparue en 65 et se serait modifiée depuis juin 1967. Classée T2 No. Electrocoagulation le 9/1/67 recoupe suivie de greffe de peau mince. Examen histologique de la pièce confirme : carcinome épidermoïde différencié légèrement kératinisant. Les suites opératoires sont satisfaisantes. Greffe prise à 50 %. Le 9/2/68 apparition d'une adénopathie sous-maxillaire gauche. Le 25/3/68 curage cervical gauche complet à titre prophylactique. L'examen anatomopathologique de la pièce est négatif. Depuis : la greffe est en bon état et la mobilité linguale récupérée à plus de 50 %.

Observation n° 10

B.....Raymond, 44 ans.

consulte le 17/11/67 pour une ulcération du tiers postérieur gauche de la langue. Depuis un an se plaint d'aphtes récidivants. Mais persistance depuis trois mois d'un élément douloureux siégeant en arrière de la partie moyenne du bord gauche de la langue. La lésion est classée T1 No. Le 30/11/67, électro-coagulation, recoupe suivie de greffe de peau mince. L'examen extemporané confirme : carcinome épidermoïde.

.../...



Bonnes suites opératoires, greffe prise à 100 % le 5/12/67.  
Le 15/12/67 élimination de 1/3 de la greffe à la partie moyenne. Le 5/4/68, le malade refuse un curage cervical gauche complet devant l'apparition d'un ganglion sous maxillaire gauche. Le 6/9/68 consulte à nouveau, on note un volumineux ganglion sous-maxillaire gauche, huit jours après : curage cervical gauche. Mais présence de métastase ganglionnaire à l'examen histologique de la pièce. Un traitement complémentaire par radio-thérapie est administré du 7/1/69 au 4/2/69. Le malade reçoit 4.000 r. . M.B.... consulte régulièrement jusqu'au 1/10/69. L'état général et local est satisfaisant. On note une rétraction post radio-thérapique de la greffe.

Observation n° 11

C....Hélène, 67 ans.

adressée le 15/11/67 pour ulcération douloureuse du plancher buccal. Il s'agit d'une malade porteuse d'une prothèse dentaire inférieure, traitée depuis un an pour syndrome dépressif par des tranquillisants, neuro-leptique et barbituriques et se plaignant de glossodynies depuis mars 1967. Diagnostic clinique évoqué est celui d'ulcération post traumatique avec rétraction. Intervention le 27/11/67, exérèse de l'ulcération, perte de substance de 4 cm<sup>2</sup> et mise en place d'une greffe de peau mince. L'examen anatomo-pathologique de la pièce confirme la bénignité et la nature inflammatoire sub-aiguë non spécifique de la lésion. Le 8/12/67 greffe prise à 100 %. Au 3ème mois, la greffe est souple et la malade porte à nouveau sa prothèse. Le 2/10/68, état local satisfaisant.

Observation n° 12

D....Andrée, 35 ans.

hospitalisée en octobre 1964 pour ulcération jugale inférieure gauche confirmée histologiquement : carcinome épidermoïde différencié, classé T3 No. Intervention avec :

.../...



- 1) Electrocoagulation large de g3 à g8
- 2) Evidemment sous-maxillaire gauche histologiquement indemne.

Bonnes suites opératoires. La malade est sortante le 5/11/64.

2ème hospitalisation le 8/3/65 pour récurrence.

Hémi-résection mandibulaire et greffe en acryl

le 8/3/66 : intervention pour importante cicatrice chéloïdienne. Excision de la cicatrice et mise en place d'un greffon iliaque taillé à la demande, fixé à une attelle métallique. Celle-ci est mal supportée, nécessitant son ablation un an après. En octobre 1967 ulcération jugale rétro-commissurale gauche. Le 3/12/67 sous anesthésie locale excision d'une lésion d'aspect lichennien sur la face interne de la joue gauche suivie d'une greffe de peau mince. L'examen histologique de la pièce confirme : carcinome épidermoïde. Le 13/12/67 : greffe prise à 100 %. La malade sort le 20/12/67. Le 29/12/67 : bon état local et institution d'un traitement par chloraminophène. Le 5/1/68 état local parfait. Le 23/2/68 récurrence en dessous la greffe nécessitant une électrocoagulation et la destruction de cette dernière, le 11/4/68 et un curage jugulocarotidien gauche le 8/10/68. Depuis traitement médical par chimiothérapie.



X

R E S U L T A T S

ANALYSES DES DIVERS RESULTATS :

I.- Après excision de lésions bénignes suivies de greffes.

Ce premier groupe d'observations concerne :

- Un cas pour lésion traumatique (observation n° 11)
- Deux cas de lichen (Observations n° 2 et 4)
- Et un cas pour "oral florid papillomatose"

Pour l'ensemble de ces quatre cas, les suites opératoires ont été satisfaisantes avec prise à 100 % du greffon.

Les résultats à long terme :

Observations n° 4 et 2 : pas de modifications de l'état local au quatrième mois.

Observations n° 7 et 11 : deux ans après l'intervention, l'état local est satisfaisant.

II.- Série concernant les épithéliomas greffés :

Notre série concerne huit observations que nous classerons en trois groupes, en fonction de la nomenclature internationale T N M.

- Quatre cas T1 N° (observations n° 3 - 5 - 6 et 10)
- Deux cas T2 N° (observations n° 1 et 9)
- Deux cas T3 N° (observations n° 8 et 12).

Trois résultats sont excellents avec un recul de deux ans (observations n° 3 - 6 - 5.). Le dernier cas (observation n° 10), l'état local

.../...



est satisfaisant après deux ans, malgré une rétraction post radio-thérapeutique.

I.- Premier groupe :

La greffe est prise à 100 % et les malades sortent au dixième jour.

II.- Deuxième groupe :

Dans l'observation n° 1, la greffe est prise à 100 % et le résultat local satisfaisant après un an.

Dans l'observation n° 9, la greffe est prise à 50 % et non modifiée deux ans après l'intervention.

III.- Troisième groupe :

La prise du greffon est satisfaisante et obtenue entre le dixième et quinzième jour, mais récidive locale entre le deuxième et le troisième mois.

a) - Sur le plan fonctionnel :

Les résultats obtenus sont très satisfaisants ; l'adaptation du greffon cutané dans le milieu buccal est parfait.

La souplesse de la greffe est pratiquement identique à celle de la muqueuse adjacente.

Le malade n'éprouve aucune gêne et peut à nouveau porter une prothèse dentaire.

Les séquelles classiques à type de synéchie, de brides, surtout après électrocoagulation, n'ont jamais été observées dans notre série.

.../...



b) - Sur le plan carcinologique :

L'interprétation des résultats concernant le traitement des lésions épithéliomateuses invite à la prudence, compte-tenu du nombre de cas limités.

Toutefois, les succès obtenus pour les lésions T1 N<sup>0</sup> et T2 N<sup>0</sup> sont encourageants.

Pour le traitement des diverses affections bénignes, les résultats sont parfaits, quelles que soient la localisation et la surface greffée.

c) - Sur le plan technique :

La constance de la prise du greffon est remarquable, compte-tenu du milieu buccal, de la localisation endo-buccale, du type de lésion greffée, ainsi que de la mobilité des tissus sous-jacents.

Le temps de prise est court, identique à celui observé dans les greffes de peau sur peau.

Les fils et le bourdonnet sont enlevés au sixième jour.

d) - Sur le plan esthétique :

La coloration jaunâtre de la peau greffée persiste et n'est guère modifiée après un recul de deux ans.

Ceci ne gêne absolument pas les patients.

-----



Mme B.... Marie

Obs. n° 1

T 2 No

Février 1968, greffe au 4ème mois

M. D..... Maurice.

Obs. n° 4

Lichen

Le 24/9/69, greffe au 4ème mois



Mme P..... Germaine

Lichen lingual

Obs. N° 2

Le 8/1/70. avant intervention

Le 4/2/70, greffe au 15ème jour



M. G..... Emilio

Obs. Nº 3

T1 No

le 14/11/67, lésion initiale

le 17/11/67, greffe au 3ème jour



M. G..... Emilio

Le 15/12/67, greffe à la 4ème semaine

Le 16/12/67, greffe au 2ème mois



Mme B... Marie-Françoise.

Obs. n° 6

T 1 No

le 18/12/67, au 4ème jour

Mme M....., Obs. n° 5

T 1 No

Le 14/3/69, au 3ème mois



## EPILEPTIQUES

-----

## LICHENS

-----

## LESIONS TRAUMATIQUES

-----

- F... Marie, 69 ans - T2 N° - greffe prise au 16ème jour. Résultats ++ recul 1 an.
- G... Emilio, 74 ans, -T1 N° - sort au 8ème jour. Résultats ++ recul 2 ans.
- Mme F..., 45 ans - T1 N° - sort au 11ème jour. Résultats ++ recul 1 an.
- B... Marie-Françoise, 35 ans - T1 N° - sort au 9ème jour. Résultats ++ recul 2 ans.
- I... Clément, 71 ans - T3 N° sort au 15ème jour, récidive 2ème mois.
- M. B... 33 ans - T2 N° - résultats 50 %, recul 2 ans.
- Mme T..., 35 ans - T3 N° - sort au 15ème jour. Récidive 3ème mois.
- B... Raymond, 67 ans - T1 N° - greffe prise au 6ème jour - bon état local mais rétraction post-radiothérapique recul : 2 ans.
- P... Germaine, 65 ans - sort 15ème jour. Résultats ++ - recul 4 mois.
- D... Maurice, 38 ans, sort 10ème jour. Résultats ++ recul 4 mois
- B... René, 66 ans - Résultats ++ recul 2 ans.
- Mme C..., 67 ans - sortie 11ème jour. Résultats ++ recul 1 an.



XI

CONCLUSION

---

Au terme de l'étude de cette technique de greffe immédiate de peau mince dans les pertes de substances endo-buccales, différentes remarques retiennent l'attention.

Les problèmes de prise du greffon de peau dans un milieu aussi septique que la cavité buccale sont paradoxalement, aisément résolus et ceci probablement grâce à l'équilibre biologique qui rend la flore buccale inoffensive pour le greffon.

En effet, la constance et la rapidité de la prise de la greffe sont remarquables avec les mêmes délais que ceux des greffes appliquées sur la peau elle-même.

D'autre part, l'immobilisation de la greffe est parfaite en dépit des mouvements incessants et incontrôlables du revêtement endo-buccal. Dans les suites opératoires lointaines les séquelles classiques après interventions endobuccales, (en particulier après électrocoagulation) à type de brides et de synéchies ont été évitées aux douze malades de notre série. Le plancher, la langue, les vestibules retrouvent une souplesse et une mobilité pratiquement normales.

La technique est utilisée suivant deux modalités différentes :

- Greffe après excision simple ;
- Electrocoagulation suivie d'une recoupe en tissus sains et greffe.

Il nous semble que cette dernière méthode apporte une solution originale au problème du recouvrement de la plaie.

Cette technique est de réalisation simple nécessitant un matériel restreint, d'exécution rapide et ne prolonge que modérément le temps opératoire ;

.../...



efficace par la constance et les délais de prise du greffon ; réduit de façon importante le temps d'hospitalisation et ajoute ainsi au confort du malade.

L'ensemble des résultats de cette étude incite à poursuivre les indications des greffes cutanées endo-buccales.



XII

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY-FRIEDEL.- Chirurgie de la face, Masson, (P. 52).

BARSKY.- Principles and practice of plastic Surgery (Williau et Wilkins)  
(1950)

CERNEA - BATAILLE.- Technique maxillo-faciale (pp. 23-56 et pp. 366-370)

CERNEA (P.).- 11ème Congrès Français de Stomatologie (1948, pp. 257-316)

CHAPUT (A.).- Stomatologie (pp. 525-538 et p. 427)

CONVERSE (J.M.).- Reconstructive plastic surgery (pp. 940-945)

CONVERSE (J.M.) et JEFFREYS.- Naso maxillary epithelial inlay for a  
dosh. face difformity, Oral Surgery, (1964).

DECHAUME.- Précis de Stomatologie (pp. 1-10)

DUFOURMENTEL (L).- Chirurgie plastique (pp. 50-54 ; 83-84 ; 76 ; 120-132 ;  
716).

DUBREUIL et BAUDRIMOUS (A.).- Manuel théorique et pratique d'histologie

GILLIES et MILLIARD.- Principles and art of plastic surgery, 1 vol.-  
Londres, 1957 (Butter Worth)

GINESTET.- Atlas de technique opératoire stomatologique et maxillo-  
faciale, (pp. 417-418 ; 420-424 ; 538-540).

JAYLES.- L'opération de remplissage de Gillies dans le traitement de la  
difformité syphilitique du nez ; Annales de Chirurgie Plastique  
1957.

LEBOURG (L) et LORCEL.- Notes anatomo-cliniques sur la cicatrisation  
muqueuse, inf. dentaire, 1035-1041. (1957)

Revue de Stomatologie, 1967.- Réhabilitation chirurgicale après élec-  
trocoagulation des épithéliomas pelvi-  
buccaux. par H. LANDAIS, pp. 151-156.

Traitement des synéchies labio-maxillaires



par création d'un vestibule modelé  
sur des éponges d'alcool polyvinylique  
par A. LAMBERT, J.P. DEFFEZ, Ph. PAUL,  
J.-P. COURTES, pp. 635-645.

XVIIe Congrès Français de Stomatologie.- Application des greffes  
cutanées libres dans la bouche,  
pp. 477-479.

SOUBIRAN (J.M.).- Etude clinique et thérapeutique des épithéliomas  
spino-cellulaires de la lèvre inférieure (96 cas).-  
Thèse. Paris. 1967.

VALEURI (A.J.).- Correcting maxillo-facial difformities : the use of  
surgical prothesis and plit thickness. Skin prafits,  
New York Dental Journal (1963).



Vu le Recteur

R. MALLET

Vu Monsieur le Doyen

G. BROUET

Vu Monsieur le Professeur

P. CERNEA

